Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1934 de 2009

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Tomografía por Emisión de Positrones
Centro Uruguayo de Imagenología Molecular

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 17 de febrero de 2009

(Sin corregir)

PRESIDEN:	Señores Representantes Álvaro Vega Llanes, Presidente y Dardo Ángel Sánchez Cal, Vicepresidente.
MIEMBROS:	Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora, y Luis José Gallo Imperiale.
DELEGADOS DE SECTOR:	Señores Representantes Carlos Maseda y Jaime Mario Trobo.
CONCURREN:	Señores Representantes Gustavo Borsari Brenna, Julio Cardozo Ferreira y Javier García.
INVITADOS:	Señora Ministra de Salud Pública, doctora María Julia Muñoz; Director General de la Salud, doctor Jorge Basso; Coordinador del equipo de gestión del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM), maestro Asdrúbal López Zuasnábar; doctores Patricia Oliver y Eduardo Savio (integrantes del equipo de gestión del CUDIM); contador Néstor Figueroa (Adjunto a la Secretaría del Ministerio de Salud Pública y Presidente de la Corporación Nacional para el Desarrollo, contador Martín Dibarboure.

SEÑOR PRESIDENTE (Sánchez Cal).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Damos la bienvenida a la señora Ministra de Salud Pública, doctora María Julia Muñoz, quien concurre acompañada por la doctora Patricia Oliver y el doctor Eduardo Savio, integrantes del Equipo de Gestión del CUDIM Centro Uruguayo de Imagenología Molecular; por el maestro Asdrúbal López Zuasnábar, Coordinador del CUDIM; por el contador Martín Dibarboure, Presidente de la Corporación Nacional para el Desarrollo, y por el contador Néstor Figueroa, Adjunto a la Dirección de Secretaría del Ministerio. Estamos aguardando la llegada del doctor Jorge Basso, Director General de Salud.

Se convoca a la señora Ministra en virtud de una solicitud que el señor Diputado García hizo a través de una carta a la que daré lectura: "Sr. Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social.- Diputado Álvaro Vega.- Presente.- Por la presente solicito a usted que se convoque a la Ministra de Salud Pública Dra. María Julia Muñoz, a esa comisión, a los efectos de que explique las razones por las cuales su cartera ha negado la

solicitud de instalación en Uruguay del llamado PET, hasta tanto se construya el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular.- Seguramente nuestra asesora comprenderá la importancia de este tema y el objetivo que es posibilitar el acceso a esta técnica a los compatriotas que no pueden hacerlo ya que no disponen del dinero para viajar al extranjero y son obligados a esperar tiempos muy valiosos para acceder a ella.- Sin otro particular, saludo a usted atentamente.- Dr. Javier García Duchini".

Daremos la palabra, en primer lugar, al señor Diputado, para que exponga su requerimiento, y después seguiremos tratando el tema.

SEÑOR GARCÍA.- Doy los buenos días a la señora Ministra y al equipo de doctores y técnicos que la acompañan.

Como bien decía el señor Presidente, el motivo de la convocatoria es la negativa del Ministerio en algún caso, formal y, en otro, informal, aunque esto fue reiterado en forma pública por la señora Ministra a la instalación en el país de dos tomógrafos de emisión de positrones, que todos conocemos por sus siglas en inglés: PET. Según tenemos conocimiento, la primera negativa se había producido en 2006.

Nos parece de suma trascendencia conocer en el seno de esta Comisión cuáles son los argumentos que fundamentan esa negativa, en virtud de las consecuencias que tiene para el país y, sobre todo, para quienes podrían beneficiarse con esta técnica diagnóstica. La cuestión es que, como esta técnica no está presente en el país, solo pueden acceder a ella los pacientes que cuenten con recursos económicos suficientes como para gastar entre US$ 2.000 y US$ 3.000 viajando a Argentina o Brasil, que son los lugares más cercanos de América en que se dispone de ella.

Se ha argumentado por parte de la Ministra que esta negativa está dada en virtud de que el avance científico tecnológico en el campo médico debe darse a partir del Estado, y de que en diciembre de 2009 se instalará el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, cuya piedra fundamental se colocó en noviembre del año pasado. A partir de entonces se producirá el ingreso al país, a través del Estado, de este tipo de tecnologías; por eso no se autoriza ahora la instalación por parte de actores privados, ya se trate de entidades mutuales o de clínicas diagnósticas.

Este tema hace al fondo de cuestiones de concepto importante que, además, implican consideraciones asistenciales más que trascendentes, porque estamos hablando de una herramienta fundamental en lo que significa el diagnóstico del cáncer y su tratamiento, pues quien mejor diagnostica, mejor trata. Además, a nivel mundial las cifras son francamente positivas en cuanto a este avance: tiene más del 90% de efectividad y alrededor del 40% de diagnóstico de lesiones asociadas al cáncer o lesiones metastásicas que se ven con esta técnica y que no es posible hallar con las técnicas convencionales disponibles en el país. También es posible modificar el tratamiento de algunos tipos de cáncer a partir de la utilización del PET; en este sentido, las cifras oscilan entre el 70% y el 80%. Sin duda alguna, como el señor Presidente sabe muy bien, esto tiene consecuencias sobre la calidad de vida del paciente que sufre esta enfermedad, que es de extrema seriedad y gravedad.

Hace unos meses, el señor Diputado Trobo convocó a la señora Ministra por la no autorización de ingreso al país de la vacuna contra el VPH, que constituye una herramienta importante en la lucha contra el cáncer de cuello de útero. Esa decisión luego fue modificada por el Ministerio ante la contundencia de los argumentos a favor del ingreso de la vacuna y, al mismo tiempo, por la inconsistencia de las razones que se daban similares a estas en el sentido de que debía ingresar primero por el Estado, para los servicios públicos, y hasta que ello no aconteciera no se habilitaría la entrada al país para otros subsistemas.

Después de escuchar a la señora Ministra haremos algunas otras consideraciones. Nos parece que lo que corresponde, en primer lugar, es saber cuáles son los argumentos para negar, desde el año 2006, la instalación en el país de este tipo de tecnología. Estamos hablando de episodios que fueron conocidos recientemente, que desde hace más de dos años hubieran posibilitado que en el país estuviera radicada esta tecnología, con todo lo que eso significa como herramienta para la lucha contra el cáncer y para quien padece esta enfermedad y su entorno familiar; también hay que tener en cuenta lo que significa esta negativa y la injusticia que conlleva por no permitir que esta tecnología se instale en el país y que solo permite que accedan a ella quienes tienen recursos económicos para realizarse esos estudios en el exterior.

Esto es lo que queríamos decir como introducción

Desde ya, señor Presidente, quiero solicitar el uso de la palabra luego de escuchar a la señora Ministra pues deseamos realizar algunos comentarios sobre su exposición e introducir algunos elementos novedosos.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Es un gusto estar en el Parlamento, en especial en estos meses en que concurrieron todos los señores Ministros menos nosotros; nos sentimos verdaderamente halagados.

Con respecto a las respuestas a las inquietudes del señor Diputado García, voy a realizar una introducción con los fundamentos teóricos de la decisión adoptada; luego, si la Comisión lo permite, hablará el señor Presidente de la Corporación Nacional para el Desarrollo para explicar, desde el punto de vista gerencial y administrativo, los pasos dados, y más adelante lo hará el Coordinador Ejecutivo para referirse al avance de la obra y a la situación en que se encuentra el Plan de Obras hacia diciembre de 2009.

En cuanto a la introducción, en primer lugar debo decir que la exposición de motivos de la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud establece: "El Derecho traduce, en fórmulas preceptivas, programáticas y organizativas la decisión política del Estado de en su carácter de gestor del bienestar colectivo tomar a su cargo la satisfacción de necesidades básicas de la población. El grado de correspondencia entre el Derecho, en sus manifestaciones formales y la satisfacción efectiva de las demandas sociales, permite medir su eficacia en el cumplimiento de la función social que tiene asignada. Cuanto más se involucra el Estado como factor activo del desarrollo social, mayor es la necesidad de reforzar la normativa jurídica.- La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud (...)".

Más adelante se agrega: "(...) Dicha reforma parte del concepto de salud elaborado por los especialistas en Administración de Servicios de Salud, Doctores Hugo Villar y Roberto Capote, según el cual 'la salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social' (...)".

Quiero resaltar el condicionamiento "a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad".

En estos fundamentos nos basamos para ingresar en un Plan de Desarrollo del Centro PET en Uruguay, que tiene como antecedentes el trabajo realizado por la Universidad de la República, y por eso nos acompañan dos académicos de la Facultad de Química, que están desde antes de 2005.

También queremos recordar que en Uruguay no ha sido este Gobierno el que ha introducido la tecnología y la alta tecnología para el sector público exclusivamente, sino que en 1958 el profesor Crawford visitaba el Hospital de Clínicas para formar equipos para cirugía cardíaca, radiografía cardíaca y angiocardiografía. De 1960 a 1961, en el hospital universitario los profesores Rubio, Sanginés y Abó hicieron las primeras técnicas de cirugía cardíaca.

El betatrón, la bomba de cobalto, también fueron ingresadas por el sector público; los primeros servicios de radioterapia ingresaron por el Hospital de Clínicas.

La atención progresiva del paciente concepto desarrollado en 1962 en Uruguay creó el primer centro de tratamiento intensivo en el sector público, con la participación de actores privados y otros actores públicos, como el Hospital Central de las Fuerzas Armadas y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. De esta forma, reitero, se crea el primer centro de tratamiento intensivo a través de la coordinación público público y público privada, que dará lugar al germen de lo que luego será el Fondo Nacional de Recursos.

Volvamos a esto, que nosotros encuadramos en un programa académico y científico.

El plan del desarrollo del Centro PET en Uruguay está incorporado y mesurado respecto a que la medicina molecular va a jugar un rol primordial en la localización y tratamiento temprano de nuevas enfermedades. Es la nueva frontera para la medicina y la hemos definido como el campo de la medicina visto desde la perspectiva de las moléculas, células y tejidos, y cómo se relacionan con la salud y la enfermedad. Los trazadores y los PET juegan y jugarán un importante rol en la introducción de la medicina molecular y su uso clínico.

Para los próximos cinco o diez años esperamos grandes desarrollos en este campo; el beneficio del cuidado de la salud no es conocido ni ha sido explorado completamente, por lo que la incorporación de los líderes de la investigación actual en el campo de los trazadores y del PET, serán cruciales. La única manera de establecer nuevos centros de diagnóstico precoz para el beneficio de los pacientes es la utilización de la experticia existente para el desarrollo de los nuevos métodos tecnológicos. Entonces, el plan es establecer un centro de excelencia para el uso clínico del PET y de la investigación de trazadores en Montevideo, con la ayuda y el soporte de Uppsala Imanet de Suecia. Este proyecto también cuenta con la Comisión de Gestión de la Universidad de la República, cuyos integrantes procedentes de la Facultad de Química se encuentran con nosotros; los referentes de la Facultad de Medicina están en Suecia y nos acompaña un referente de la Facultad de Ciencias, teniendo otro en Brasil.

Este es un proyecto integral que va desde la atención clínica hasta la investigación, con estos marcadores y con nuevos.

Vamos a decir, en pocas palabras, qué consideramos acerca de la Tomografía de Emisión de Positrones. Los tomógrafos PET son diferentes a los clásicos tomógrafos de radiología. No se puede pensar que traer una cámara y ponerse a examinar pacientes resolverá el diagnóstico de esos pacientes. La ignorancia en este campo suele tener graves consecuencias; otros países ya lo han demostrado. En realidad, también nos basamos en experiencias no exitosas que ha habido en otros países del mundo.

Hago un paréntesis, señor Presidente, para señalar que lo mismo ocurrió con la vacuna para el HPV. En esta Sala se habló de que la vacuna para el HPV debía universalizarse, pero hoy ya estamos asistiendo al levantamiento de campañas en Argentina por propaganda engañosa, porque algo que previene dos virus no previene todo el cáncer, y hay casos con complicaciones en España, donde también se masificó. De esos resultados negativos ahora no se habla y no se juntan firmas para decir que tuvimos razón.

De todas maneras, los tomógrafos PET incluyen una parte de tomógrafo y otra de sustancia radioactiva, que es lo más importante que alimenta a ese tomógrafo.

Debo decir que en el Ministerio de Salud Pública solo hay pedidos formales; los informales podrán ser conversaciones de las cuales voy a dar cuenta, pero no hubo ningún pedido. Pedidos formales hubo por parte de un grupo médico en el año 2006. Consistió en la solicitud para traer una máquina PET, o sea, para hacer una tomografía, no teniendo ciclotrón en el país y acudiendo a dineros que aportábamos todos los uruguayos, obviamente, porque se pedían exoneraciones y avales para el Banco de la República para su financiamiento. ¿Quién nos garantiza que ese grupo médico cobraría menos que los US$ 1.000 que se cobran hoy en Argentina? Nadie. ¿Quién nos garantizaba que ese diagnóstico fuera correcto si un grupo médico accedía primero a la tecnología parcial sin que el Ministerio de Salud Pública pudiera controlar la calidad de los marcadores traídos de Buenos Aires porque no contaba con gente experimentada? Nadie. Sí nos podían asegurar que volviéramos a asistir a episodios como los que tuvo el país en los que se empezó por el sector privado en detrimento del público, llegando luego a pagar más de US$ 3.000 por intervenciones que hoy el país tiene la suerte de hacer en forma gratuita.

Por lo tanto, la cámara, el tomógrafo, es una parte menor del componente necesario para hacer el diagnóstico de algunas patologías, diagnóstico que precisa la lesión, pero que no siempre va asociado al mejor tratamiento. Creo que cuando hablamos de salud hay que cuidar de generar, sobre todo, falsas expectativas en ciudadanos que no tienen acceso, porque la universalización todavía no ha sido posible ya que el hombre vive en un contexto histórico y en un país dado, y en Uruguay o en cualquier país del mundo esto puede crear sensaciones o temores infundados en la población.

Para producir la sustancia emisora de positrones, que es lo que necesita la Tomografía de Emisión de Positrones, se debe contar con un ciclotrón, que es un acelerador de partículas de aproximadamente 30 toneladas de peso con el que se pueden producir los llamados radioisótopos que serán usados para marcar

diferentes sustancias químicamente. El ciclotrón necesita estar ubicado en un cuarto con paredes de hormigón de 2 metros de espesor, dado la radioactividad que produce en funcionamiento. El edificio que lo contenga debe ser complejo desde el punto de vista de las presiones, de la necesidad de pureza del aire, de la calidad de la ventilación. La instalación de un ciclotrón es muy compleja. Las sustancias para la realización del PET pierden su efecto muy rápidamente, debiendo ser usadas lo antes posible. Si no se cuenta con un ciclotrón se es dependiente de quien posea ese aparato. Mientras en Uruguay no exista un ciclotrón, se será dependiente de Buenos Aires. Desde allí se puede traer una sola sustancia radioactiva, que es la Fluoro Deoxi Glucosa. La FDG pierde la mitad de su efecto en dos horas. Las cantidades a trasladar en avión o helicóptero deben tener alta radioactividad y ser trasladadas sin ninguna demora y en un tiempo limitado. Las demás sustancias que hoy se usan en otras partes del mundo para cánceres como el de próstata no están accesibles en Buenos Aires o pierden su efecto demasiado rápido como para ser trasladadas a Uruguay.

El CUDIM construye hoy en Montevideo un edificio basado en la experiencia del centro PET de Uppsala en Suecia, donde se ha tenido algunos de los logros más espectaculares en la historia del diagnóstico médico y donde se han utilizado métodos de diagnóstico que aún no existen en Sudamérica; su equipo ha estado en la lista de los equipos científicos para recibir el Premio Nóbel en Medicina.

El CUDIM plantea producir no solo FDG, sino una amplia gama de trazadores que hoy no hay en Sudamérica y que permiten el diagnóstico de varias enfermedades, además de cáncer, como las afecciones neurológicas. El CUDIM se propone comprar dos cámaras PET ciclotrón para humanos y una PET ciclotrón para animales pequeños. Por lo tanto, estaríamos cubriendo, de alguna manera, más de dos millones de habitantes, si tomamos el número de un PET por millón de habitantes; generalmente, los países no alcanzan ese número hasta que logran tener un grupo de científicos bien capacitados.

También queremos destacar que en todo lo que tiene que ver con el diagnóstico por imágenes, no se trata solo de comprar un aparato, como se creyó durante mucho tiempo, existiendo todavía en el país aparatos en cajas que nadie pudo desembalar ni supo manejar. Comprar tecnología requiere tener personal capacitado científicamente y, sobre todo, ojos adiestrados para hacer diagnósticos imagenológicos, con un producto de certificada calidad, como se produce con un ciclotrón al lado del PET, pero no se produce teniendo que traer esta sustancia de Buenos Aires. La solicitud privada de un grupo médico que hoy tiene un laboratorio vinculado con la medicina nuclear no abarcaba el ciclotrón; sí pensaban adquirir un aparato refaccionado en Argentina y traer las sustancias desde la Argentina.

El doctor Engler, quien preside este proyecto, había propuesto en el año 2008 traer una cámara a Montevideo para comenzar en abril de 2009, comprando la sustancia en Buenos Aires. Esto implicaba un acuerdo con Argentina, contar con vuelos y transporte por tierra, edificar un lugar transitorio para albergar una cámara, lo que se pensaba hacer en el terreno del CUDIM, que fue cedido por la Universidad de la República, cerca de donde se realiza la obra actual; el Coordinador Ejecutivo mostrará luego el alcance de las obras. Se envió un especialista sueco a la Argentina, concurriendo Per Hartvig, quien aprobó la producción que se realiza en ese país en noviembre de 2008. En realidad, se vio que el retraso de la obra que debería concluir en diciembre del año en curso para poder comenzar a trabajar en enero no justificaba ponerse a hacer todos los procedimientos de traslado. Quizás sería más adecuado que la iniciativa privada, si realmente está preocupada por la salud de todos los uruguayos, colaborara aportando a un fondo que permita enviar a Buenos Aires a todos los pacientes que lo necesitan durante estos meses de transición.

Hemos empezado tratando mucha patología en Buenos Aires. Hoy por hoy, el transplante de hígado, que queremos empezar a realizar en Uruguay en este año más concretamente, en el mes de marzo, lo estamos realizando en Buenos Aires. Por lo tanto, mucho más se puede hacer, tratándose de instituciones. Si las instituciones van a incorporar el pago de la técnica después, ya pueden mandar a las personas donde se hace la técnica. Porque nada nos asegura que el grupo médico, el laboratorio privado, fuera a cobrar menos que lo que se cobra hoy en Buenos Aires. Lo que sí se ofrece, tanto por parte del doctor Engler como del CUDIM, es a colaborar en la selección del paciente y a sugerir cuándo está justificado el viaje y cuándo no, por la amplia experiencia que se ha recogido en Suecia. Como alternativa, pensamos que estando el ciclotrón en Montevideo, el sector privado con esto nos referimos a lo que se decía como "consulta informal", que ha sido realizada por la Federación Médica del Interior, podría instalar el emprendimiento con la Federación en el Hospital de Tacuarembó, de modo que el CUDIM cubra las necesidades de Montevideo y produzca la sustancia para Tacuarembó, atendiendo las necesidades de la gente del interior y evitando que tengan que

viajar a Montevideo. Con esto dejaríamos muy claro para toda la población que lo que mueve a unos y a otros es el interés nacional y no la ambición de lucrar con las más terribles enfermedades humanas.

Solicito que se permita al señor Presidente de la Corporación Nacional para el Desarrollo que se refiera al costo del proyecto y a su enmarque en la Reforma del Estado.

SEÑOR GARCÍA.- Esta es una Comisión parlamentaria y ahora se van a desarrollar los aspectos técnicos, pero creo que la señora Ministra, quien es responsable de la toma de decisiones, dijo ya varias cosas a las que me quiero referir. Valoro profundamente los aspectos técnicos, edilicios y de financiamiento, pero los aspectos de política sanitaria ya fueron dados por parte de la señora Ministra. Por lo tanto, prefiero hacer ahora una interrupción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Esta es una Comisión que llama a la señora Ministra para hacer una consulta e informarse. La información tiene distintos aspectos: los de política sanitaria y, ni qué hablar, los aspectos técnicos, porque hablar de lo que no se sabe es medio complicado.

Por lo tanto, creo que es conveniente que se termine la exposición, que el señor Presidente de la Corporación intervenga y luego se hacen las consideraciones que sean necesarias, porque todo es parte de la información; de lo contrario, habría alcanzado con presentar una nota.

SEÑOR GARCÍA.- Si se me permite, haré uso de la interrupción ahora.

Como decía recién, creo que la señora Ministra dijo algunas cosas que motivan alguna reflexión y, además, dio algunas noticias de las que nos pone en conocimiento ahora; hizo una exposición en la que notoriamente puso sobre la mesa contradicciones flagrantes.

En primer lugar, nos acabamos de enterar de un retraso de la obra que motivó incluso la intervención del doctor Engler a efectos de buscar alguna medida alternativa para poder contar con el acceso al PET. Es decir que el profesor Engler, que algo sabe de esto seguramente mucho más de lo que saben la señora Ministra y quien habla, y sin "seguramente", planteó la alternativa de acceder a los trazadores trayéndolos de Buenos Aires, según acaba de decir la señora Ministra; recién estamos tomando conocimiento de esto. Es decir que esta alternativa que la señora Ministra descarta fue planteada por alguien que sabe de esto y que fue premiado, entre otras cosas, por trabajar en esto, como instrumento para acelerar el plazo de acceso a esta técnica en Uruguay.

En segundo término, como dato al margen, diré lo siguiente. La señora Ministra habló de una solicitud formal y una informal, que reconoce que existió y de la que dio cuenta públicamente. En el diario "El Observador", de 22 de diciembre de 2008, se expresa: "Se rechazó la propuesta del Sanatorio Americano porque la política adoptada en materia de alta tecnología en salud es que primero la incorpore el Estado". Trate de que la informen, señora Ministra. Consulte en el Ministerio que usted dirige y se dará cuenta de que no tiene una solicitud; tiene dos solicitudes. Si quiere, después le mando el número de expediente. Sería bueno que ante la llegada a una Comisión Parlamentaria, los servicios proveyeran de toda la información a la señora Ministra acerca de un tema tan sensible como este. Pero lo que nos importa a nosotros es el fondo del asunto, que consiste en las negativas que dio, formales o informales, sobre las que se expresó públicamente.

Es más: ya en el año 2006 el tiempo que podíamos haber ganado, porque no hablamos de plazos que transcurren durante el año 2008, en la primera negativa formal que existió, el argumento que se esgrimió es el siguiente; tengo lo que señalaron los servicios técnicos del Ministerio. El 7 de julio de 2006, la doctora Ana Pérez está un poco borrado el sello de la firma, pero notoriamente se advierte que corresponde al Ministerio, del Departamento de Tecnología Médica del Ministerio de Salud Pública, ante la solicitud formal que recibió, establece: "En relación al avance reciente que ha tenido la propuesta de instalación de este equipo en el sector público," esto se dijo el 7 de julio de 2006; estamos en febrero de 2009 "creemos que debería rechazarse su instalación en el sector privado por constituir una duplicación no justificada de acuerdo al análisis efectuado para nuestro país". O sea que en julio de 2006 se rechazaba en virtud de la prontitud o de la rapidez que iba a tener la instalación en el país…

SEÑOR PRESIDENTE.- Entramos en las consideraciones, lo que obviamente requerirá respuesta de todos nosotros.

Invito nuevamente a que terminemos de escuchar las exposiciones y luego hablamos de todo. Me parece que, de lo contrario, la convocatoria no tendría sentido, porque lo que sostuvo la señora Ministra lo podría decir, en realidad, por carta sin necesidad de que concurra.

Cuando nosotros recibimos a alguien en esta Casa asumimos el compromiso de terminar de escucharlo. Una vez que lo escuchamos, hacemos todas las consideraciones que sean necesarias. Ese será el temperamento con el que voy a manejar esta sesión.

Por lo tanto, abuso de su amabilidad para que se permita continuar con la exposición y terminarla; luego haremos las consideraciones que se quieran en el tiempo que sea necesario.

SEÑOR GARCÍA.- Si le parece, señor Presidente, voy a terminar la interrupción. Terminaré de escuchar la exposición, pero la responsable del Ministerio es la señora Ministra; comprenderá el derecho que me asiste, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- El derecho lo tenemos todos, pero acá quien determina cómo viene la cosa soy yo, y solicito que termine su intervención ahora.

SEÑOR GARCÍA.- No; ahora, no. Voy a…

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces la Comisión así no va a poder seguir funcionando, porque…

SEÑOR GARCÍA.- Estoy haciendo uso de la palabra…

SEÑOR PRESIDENTE.- Usted no es integrante de la Comisión; en todo caso…

SEÑOR GARCÍA.- Usted está abusando de la autoridad que tiene.

SEÑOR PRESIDENTE.- Usted no puede interrumpir una exposición.

SEÑOR GARCÍA.- Permítame redondear.

SEÑOR PRESIDENTE.- Reitero que es una forma de saltear cosas.

Vuelvo a decir: la Comisión va a escuchar toda la exposición y luego se harán consideraciones.

SEÑOR GARCÍA.- Dejaré algo para después, pero, si me permite, voy a terminar ahora.

SEÑOR PRESIDENTE.- No; de alguna forma, se está burlando del mecanismo de la Comisión, y eso no lo voy a permitir, de ninguna manera.

SEÑOR GARCÍA.- Me concedió una interrupción y ahora no me permite terminar. Si me deja terminar la frase, será mucho más rápido.

SEÑOR PRESIDENTE.- No es un problema de tiempos, sino del mecanismo. Acá, el mecanismo consiste en escuchar y luego hacer las consideraciones; interrupciones para hacer preguntas y/o aclaraciones, y luego se hacen las consideraciones políticas que correspondan.

SEÑOR GARCÍA.- No es así. Es una interrupción que me concedió.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces vamos a consultar a Secretaría sobre las cuestiones reglamentarias.

SEÑOR TROBO.- Para contribuir quiero decir que es notorio que cuando cualquier Ministro concurre al Parlamento puede venir con el cuerpo de asesores que entienda conveniente, pero también es notorio que la cuestión esencial aquí es el diálogo, el debate político, porque por algo viene la señora Ministra; no viene porque tiene ganas o porque tiene tiempo, sino porque le corresponde hacerlo ante una convocatoria parlamentaria. Entonces, más allá de que el señor Diputado sea miembro o no de la Comisión, esta admitió su pedido y planteó la convocatoria a la señora Ministra. Es evidente que el debate se dará, en primera instancia, entre quien pregunta y quien responde. A las respuestas de la señora Ministra el señor Representante que pregunta puede tener otras interrogantes para formular, afirmaciones o presentar información, porque el señor Diputado García acaba de decirnos que la señora Ministra no sabe que formalmente hay dos solicitudes en el Ministerio, y sería bueno conocer la opinión de la señora Ministra. Por lo tanto, lo que está haciendo el señor Diputado García es repreguntando sobre algunos aspectos.

Obviamente, en un debate de estas características la estrategia de presentar una serie de opiniones de carácter técnico que apoyen la opinión de la señora Ministra en primera instancia diluye la centralidad del debate que se da entre el parlamentario y el Ministro. Este es el ámbito, precisamente, en el cual este tipo de cosas se pueden hacer; no se pueden hacer en otro ámbito, solo en el Parlamento. Entonces, hay que tener un poco de criterio para respetar el protagonismo principal en el debate parlamentario, que es el Ministro, responsable político ante el Parlamento, y el parlamentario, que fue electo por el pueblo y tiene derecho a hacer los planteos que entienda conveniente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ninguno de esos derechos van a ser violentados.

SEÑOR TROBO.- Parecería ser que el señor Diputado García no podría seguir concluyendo con su primera réplica para que la señora Ministra dé, a su vez, alguna explicación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo que nosotros hicimos fue citar a la señora Ministra, que vino con un grupo de asesores para darnos la información necesaria.

Para mí las características de las que estamos hablando hacen al proyecto y a los pedidos que se han formulado. No se trata de comprar una casa y poner un equipo adentro. Creo que lo que hacemos por ahí es hablar sin saber. Entonces, bueno sería que terminen de dar la información para luego discutir. En realidad, para hacer consideraciones políticas, la señora Ministra no tiene por qué venir acompañada de alguien. Yo quería información, todos queríamos información, y por eso vehiculizamos el llamado. Lo que estoy pidiendo al señor Diputado García es que tenga la amabilidad de permitir que los invitados finalicen la exposición para luego hacer las consideraciones que todos no solamente él debemos tener para hacer.

SEÑOR GARCÍA.- Así voy a hacerlo, pero teniendo en cuenta lo que acaba de decir la señora Ministra.

Ya el 7 de julio de 2006 hubo un rechazo de parte del Ministerio en virtud de una duplicación no justificada, de acuerdo con el análisis que hace ella para el país y en virtud del avance reciente que ha tenido la propuesta de instalación de este equipo en el sector público. Si en el año 2006 se hubiera aceptado esto, haría dos años y medio que se habría tenido acceso a esta tecnología en el país.

Recién la señora Ministra señalaba los estudios universitarios; inclusive, aquí hay algún técnico que participó de esos estudios. En la página web de la Universidad de la República, con fecha setiembre de 2006 en base a la Resolución Nº 2 del Consejo Directivo Central de la Universidad del 7 de marzo de 2006, figura el "Proyecto Ciclotrón/PET en el Uruguay", y el primer nombre que aparece, como Director Académico de la Institución, es el del doctor Henry Engler. Y allí dice una cosa interesante: "4.a Situación en países de referencia (Estado del arte en el mundo).- Destacamos en los países de referencia" esto lo afirma el doctor Engler con su equipo "el número de cámaras PET en relación a la población." Y dice a continuación: "Internacionalmente se considera adecuado una cámara PET cada 500.000 habitantes". Alguno de los técnicos que participó en este estudio está aquí presente.

Este es un informe del doctor Henry Engler que, a continuación, menciona una serie de realidades internacionales y otros temas de los que luego vamos a hablar con respecto a los ahorros que se producen con

este tratamiento.

Reitero que hace dos años y medio que podríamos haber tenido el PET en el país.

Después vamos a hablar de la introducción de la tecnología en el país. La señora Ministra confunde técnica con tecnología; son cosas diferentes. En todo caso, podemos hablar de un sinnúmero de tecnologías que han ingresado al país a partir de iniciativa privada y de la cual se han beneficiado todos los habitantes del país, tanto los pacientes de salud pública como privada. En este minuto debe haber Directores de Hospitales de Salud Pública que están autorizando la realización de estudios en instituciones privadas. Ayer fue una cantidad, hoy otro tanto y mañana será igual, porque es la forma que el país ha encontrado de acceder a la tecnología más avanzada cuando el Estado no la posee. La diferencia sustantiva que tenemos es que la señora Ministra dice que hasta que no entre para el Estado no entra para nadie, y nosotros decimos que no importa cuál sea el origen de su ingreso si es por el sector público o por el privado sino que a ese avance científico tengan acceso todos los uruguayos, independientemente del bolsillo; que la negativa de un Ministerio, por fundamentalismos ideológicos porque eso son, no termine condenando a que aquella persona que no tenga US$ 2.000 o US$ 3.000 no pueda acceder a ese avance científico.

SEÑOR DIBARBOURE.- En realidad quedó claro que el fondo de la cuestión es otro y, por lo tanto, me voy a centrar en cuál es el rol de la Corporación Nacional para el Desarrollo en este proyecto; voy a aprovechar la oportunidad de hacer conocer a la Comisión cuáles han sido los cambios sustanciales que hemos hecho y, entre ellos, el nuevo rol que tiene.

Voy a ser breve porque, en la metodología que veo tiene la Comisión, seguramente haya un espacio de preguntas. Necesariamente tengo que dar algún paso atrás, sin perjuicio de no generar la atención debida porque insisto no es el tema central

Para entender el rol de la Corporación es necesario que haga referencia a que en los años 2005 y 2006 el nuevo Directorio, que presidía el actual Ministro de Economía y Finanzas, en un diagnóstico de inicio de actividades se enfocó mucho en el fomento a las PYMES en un formato que debería asimilarse al de una agencia o banca de desarrollo, y en una articulación de programas de apoyo y de fomento a la competitividad de las pequeñas y medianas empresas. En ese rol creo que la Corporación está siendo vista como una nueva institución; hablo de nueva porque el estado en el cual se encontraba ha sido reparado patrimonial y estructuralmente.

En la segunda línea de acción operativa la Corporación dejó de participar en empresas de capital de riesgo como socio, lo que había sido parte de su función desde el año 1985 hasta 2005, desde su creación y durante los primeros veinte años.

Sin duda, había gran cantidad de proyectos que no se podían dejar de atender. Por lo tanto, en el nuevo plan estratégico la Corporación identifica una línea de actividad que es la articulación de emprendimientos públicos-privados o ciento por ciento privados. Es un nuevo papel en el que, inclusive, se concibe que en el actual edificio de la Corporación tomado en propiedad como pago de una deuda del Ministerio de Economía y Finanzas convivan la Unidad de Apoyo al Sector Privado y la Agencia Nacional de Investigación e Innovación junto con la Corporación Nacional para el Desarrollo, en una concepción integral de apoyo a los emprendimientos que, desde la óptica privada, se pueden desarrollar aplicando políticas públicas.

Aprovechando que la Corporación se rige por el derecho privado y la experiencia obtenida en tantos años por la Corporación Vial, empezamos a administrar algún fideicomiso, estamos administrando algún subsidio y hemos hecho gestiones para reciclar la Torre Ejecutiva desde la órbita privada con talante fiduciario, proyectos que fueron una veta de actividad operativa que descubrimos que era necesaria para el Uruguay.

En ese marco, y en el programa que llamamos "Corporación Fomenta", utilizamos criterios de selectividad de aquellos proyectos

que nos parecía importante que la Comisión apuntalara, donde la calidad, la innovación, la eficiencia y, en este caso, la investigación, debían ser promocionadas. Es así como, a través del Ministerio, nos involucramos en el proyecto del CUDIM a partir del conocimiento de la Ley Nº 18.172, de agosto de 2007, de Creación del Centro de Imagenología. En octubre de 2007 firmamos un convenio con el Ministerio de Salud Pública y,

para que lo entiendan traté de buscar un ejemplo vinculado a la salud, la Corporación hizo de incubadora, aplicando todos aquellos conocimientos que acabo de mencionar, tratando de colaborar en la articulación del Centro, en la organización de su plan de trabajo y en su manual de funcionamiento. Mientras se gestionaba el nombramiento de las autoridades, tratamos de ir llevando adelante gracias a ese convenio las funciones necesarias para la obtención del financiamiento del Centro y la preparación de un proyecto para la gestión futura, teniendo una especie de hoja de ruta. Ese fue y es el rol de la Corporación

Reitero que es un convenio de octubre de 2007. Asistimos con recursos humanos arquitectos, especialistas financieros y también abogados para la redacción de documentos y de manuales. Al inicio, la coordinación de la Comisión se hizo con la Corporación y, en la medida en que el CUDIM fue tomando cierto grado de autonomía con el nombramiento de las autoridades, fuimos delegando las funciones, como correspondía. Ese es un servicio que hoy está brindando la Corporación así como los otros ejemplos que mencioné, terminando actualmente con un rol de asesor económico en la presentación del proyecto de financiamiento ante el Banco de la República, en el que el Banco dispone de una cantidad de dinero y lo licita seleccionando los proyectos que va a apoyar. |Ahí estamos haciendo un asesoramiento económico financiero para el CUDIM. En resumen, esa es la nueva actividad de la Corporación Nacional para el Desarrollo.

En ese marco, para la Corporación el Ministerio de Salud Pública y CUDIM son un cliente más. Podríamos ofrecer con mucho gusto el resto de la información económica, la información en cuanto al repago y demás, siempre y cuando los dueños de la información así lo autoricen.

(Ingresa a Sala el Director General de Salud, doctor Jorge Basso)

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos la bienvenida al Director General de Salud, doctor Jorge Basso.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Quisiera contestar la pregunta que hizo el señor Diputado Javier García en cuanto a un retraso en la obra, por lo que el profesor Henry Engler habla de la técnica en Buenos Aires. En un correo que el profesor Henry Engler nos mandó se descartó la posibilidad de Buenos Aires porque la obra va a estar concluida en diciembre del año 2009. Ante esta situación, el doctor Engler, para no perjudicar la obra en su totalidad, dice que es más conveniente tener el ciclotrón en los momentos en que esté funcionando el PET.

Quisiera que el coordinador ejecutivo dé a conocer la situación de las obras y lo que se ha hecho hasta el momento.

SEÑOR LÓPEZ ZUASNÁBAR.- La proyección que vamos a mostrar es muy corta; simplemente se trata de una documentación del avance de la obra al día viernes.

La obra se está desarrollando en un predio en el que antes había una cancha de fútbol de un club de verano. Actualmente, luego de que la Universidad de la República lo cediera a pedido de la propia señora Ministra, hemos empezado todas las tareas que, sintéticamente, son las siguientes: el replanteamiento, el estudio del terreno, la excavación y el pilotaje. Se trata de una obra importante de la cual se han sacado más de 60.000 metros cúbicos de tierra. Es un enorme pozo de 4 metros de profundidad. En este momento, dentro de esos 4 metros de profundidad se han hecho 137 pilotes de 6 metros de profundidad y 60 centímetros de diámetro que en algunas áreas tienen la capacidad de soportar 1.500 toneladas, porque precisamente en esa área de alta densidad es donde se va a colocar el ciclotrón, que es muy pesado en sí mismo y, además, el búnker en el cual estará situado es tremendamente pesado porque tiene paredes de 1,80 metros de espesor.

Esa obra está marchando de acuerdo con lo previsto. A comienzos de este año, contratamos una empresa nacional llamada Berkes para la construcción pero para ganar tiempo se había hecho previamente la cimentación. Es decir, desde el momento en que la empresa se dedica a la parte de albañilería a partir del cese de la licencia de la construcción, el día 12 de enero hasta acá, se han producido avances sensibles.

Se prevé que la obra estará concluida con todo el equipamiento adentro y funcionando en diciembre de este año. Es un proyecto ambicioso, porque como dijo la señora Ministra, se trata de un edificio que tiene características técnicas que no se habían experimentado en Uruguay. Entre otras cosas que pueden explicar

mucho mejor los doctores, tiene presiones negativas y hay una circulación determinada de aire para impedir la difusión de la radioactividad dentro del edificio.

Ese edificio tiene tres niveles. Acá tengo los planos; si alguien quiere consultarlos, puede hacerlo. Tiene un subsuelo, que es lo que se está construyendo en este momento, donde va el ciclotrón y tiene otras áreas. Hay una planta baja, que es donde se va a hacer las preparaciones y la producción química, así como, la recepción de pacientes; habrá dos cámaras y obviamente, oficinas.

Después está la planta alta, donde estará el área de preclínico, y acá tenemos a la doctora Oliver, que sabe muy bien de qué se trata. Es ella quien ha estado junto al resto del equipo trabajando en cooperación en el mejor sentido de la palabra, con muchísima incidencia de los técnicos locales en asociación con los expertos, fundamentalmente suecos pero también de otras partes de Europa, para el desarrollo y perfeccionamiento de este edificio.

En este momento, estamos totalmente satisfechos con el progreso de la obra y no tenemos ningún motivo para pensar que no se puedan cumplir esos plazos. El único motivo que en determinado momento podía ser preocupante, que es el flujo de fondos, es algo que tenemos resuelto; por lo tanto, es cuestión simplemente de seguir con lo programado.

Voy a pasar un pequeño video para que vean el avance de la obra.

(Se proyecta video)

—— Con estas pocas imágenes pretendía dar una idea de la magnitud de la obra, que a mucha gente que se acerca y que ha estado siguiendo su avance le provoca la reflexión de lo difícil que hubiese sido para el sector privado encarar este tipo de actividad. Por ejemplo, el edificio está calculado en más o menos US$ 7:000.000 y, además, después no se maneja solo sino que tiene complejidades que implican que haya una cantidad de gente vinculada. Están involucradas dos universidades, la de la República y la de Upsala. Hay un flujo permanente de conocimientos y de personas que viajan permanentemente de un lado a otro. En este momento, dos de los médicos del equipo están en Estados Unidos y el otro, el doctor Javier Gaudiano, profesor Grado 5 en Medicina Nuclear, está en Estocolmo, estudiando cámaras. Es decir que hay una actividad tan compleja y de tal envergadura que hace bastante difícil pensar que el sector privado pudiese hacerse cargo de esto.

Entonces, si bien, por ahora, la mayoría de las cosas están enterradas, es decir los 137 pilotes que hay ahí abajo no se ven, lo que ven ustedes, esa especie de triángulos enormes, es la unión de tres o cuatro pilotes con un cabezal es lo que se está haciendo en este momento, será más fácil de entender esta cuestión dentro de tres, cuatro o seis meses, cuando esté entrando a Uruguay el primer ciclotrón. Seguramente, ese día, en lugar de dos minutos y medio vamos a filmar todo el día.

Los aspectos de gestión sobre los que yo podría responder si a ustedes les parece necesario han estado relacionados con un grupo de gestión designado por la Universidad de la República en el año 2006 y que se ha mantenido hasta ahora. Son las mismas personas, que han hecho un trabajo formidable en coordinación con la Corporación Nacional para el Desarrollo, que empezó a cooperar en forma permanente con este proyecto desde que se firmara el convenio entre la señora Ministra de Salud Pública y el hoy Ministro de Economía y Finanzas, en octubre de 2007. Al amparo de ese convenio, hemos desarrollado un trabajo en el cual nos hemos encontrado con el actual Presidente de la Corporación, el contador Dibarboure aquí presente, que en ese momento era el Gerente General de la institución, que además de cooperar tiene la comprensión del proyecto. Nos hemos dado cuenta de que probablemente en este proyecto hemos pecado por haber hecho poca difusión. Precisamente, queríamos tener perfil bajo porque no queríamos generar expectativas que no fueran satisfechas en el plazo que el ciudadano común quiere que se satisfagan. Cuando alguien tiene a una persona enferma piensa que la situación tiene que ser resuelta de forma inmediata, y tiene todo el derecho a pensar así. Por esa misma razón, nosotros hemos tenido un perfil bajo y hemos querido primero hacer y después mostrar. Probablemente, pecamos de tener el perfil demasiado bajo.

Este proyecto implica muchos elementos que por separado no son comparables, pero si quitáramos alguno quedaría totalmente desvirtuado lo que está planteado. Aquí se propone que gente nuestra, que jóvenes científicos uruguayos que andan desparramados por ahí que a nosotros nos alegra escuchar que han hecho tal

o cual actividad en el exterior se queden en el país y encuentren un lugar para producir. Es decir que aquí hay diagnóstico, investigación y otra serie de proyectos que se van a ir generando inmediatamente.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Creo que ha quedado claro que no se ha perdido tiempo ni hay atraso en las obras, que la Ley Nº 18.172, de 13 de agosto de 2007, crea el CUDIM, con un subsidio de $ 48:960.000, y a fines del año 2008 se comienza el proceso de licitaciones y obras. La decisión política de la realización de este proyecto que es integral porque universaliza la atención, pero además lo es en términos de docencia, formación, recursos humanos y de investigación comenzó en el año 2006 y no se perdió el tiempo hasta 2009, sino que los procesos fueron pautados con total celeridad y en los tiempos que lleva realizar una obra. Ningún privado hubiera podido realizar antes esta obra; ni ningún privado podría haber tenido antes esta tecnología vigente en el Uruguay. Por lo tanto, queda aclarado que el acceso por el sector privado no sería más rápido en este caso y sí sería parcial porque ninguno de los planteos habla de la incorporación de ciclotrón en el país. Ya informamos que el propio Henry Engler descartó traer la sustancia desde Buenos Aires. En realidad, la lucha contra las enfermedades crónicas se hace fundamentalmente desde los elementos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los métodos de diagnóstico se deben utilizar cuando la enfermedad ya está instalada; tampoco podemos no diferenciar el método de diagnóstico o el diagnóstico con la calidad del tratamiento. En materia de calidad del tratamiento se han hecho múltiples incorporaciones en nuestro país para que puedan acceder todas y todos los uruguayos mediante la incorporación de sustancias de alto costo, como la medicación oncológica, que se realiza a través del Fondo Nacional de Recursos, para el mejor tratamiento de los pacientes.

Seguimos creyendo que esta es una política acertada. Para dar respuesta a las solicitudes que entran por la División que atiende la Dirección General de la Salud, cedería la palabra al doctor Basso.

SEÑOR BASSO.- En principio, queremos manifestar que en el marco de las competencias de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud Pública la definición de una política de tecnología es un tema sustantivo. En todos los países serios que tienen un Ministerio que cumple con sus funciones, se debe necesariamente tener un diagnóstico de situación del parque tecnológico instalado. Sin perjuicio de las particularidades que tiene este tema, debemos asumir que, previo al año 2005, no existía ninguna información acerca del equipamiento de tecnología en el país. En un censo que se hizo a principios de esta Administración constatamos a través de una encuesta que el 80% de la tecnología de porte instalada en el país no estaba habilitada por el Ministerio de Salud Pública. Este es un tema importante, sin perjuicio de que muchas veces a las distintas empresas e inclusive a las instituciones de salud el procedimiento de regulación, de inscripción y de habilitación les puede parecer un trámite burocrático. Es muy fuerte tener que decir que el país no tenía ningún dato firme de cuál era el equipamiento instalado y su distribución; por lo tanto, era imposible definir una política de tecnología. Lo primero que se hizo fue, precisamente, todo lo que tiene que ver con el registro de la tecnología instalada, que también fue precedido del registro de la infraestructura en salud, que tampoco se conocía. El 50% de las instituciones privadas no estaban habilitadas por el Ministerio de Salud Pública. Tampoco teníamos un registro de los recursos humanos que trabajaban en salud, tanto es así que tuvimos que hacer un censo al respecto. Esto daba cuenta, precisamente, de que se debía comenzar a construir políticas a partir de información firme del Ministerio de Salud Pública.

Hemos presentado muy brevemente algunas conclusiones generales de cuál es el estado de situación de la tecnología en el país, para ahora analizar el tema del PET. El objetivo general era describir la capacidad instalada de equipos médicos en el país a fin de contribuir a regular y desarrollar políticas de tecnología médica en nuestro país en consonancia con el sistema nacional. El objetivo era tener información sobre todos los equipos existentes en el territorio nacional, por lo que se hizo una encuesta a las Direcciones técnicas de las instituciones públicas y privadas a partir de un formulario no lo vamos a leer ahora que solicitaba información detallada de las características de los equipos, la fecha de fabricación, los sistemas de control y de reparación, las personas que se encargan de esto último, de la localización y de su productividad. Me apresuro a decir que además de este censo va a seguir otro trabajo que ya se está iniciando que tiene que ver con la auditoría de la calidad de los estudios que los equipos elaboran. Esta es una primera información sobre lo existente. Los equipos registrados fueron tomógrafos computarizados, densitometría, resonadores, litotriptores, angiógrafos, equipo radiológico arco en C, equipos de diálisis, gammacámaras, bomba de

cobalto, acelerador lineal, bomba de circulación extracorpórea, máquina de anestesia, equipos de radiología convencional, mamógrafos, ecocardiógrafos y analizador automático de laboratorio.

Lo que estamos viendo ahora es precisamente a lo que hacíamos referencia. Se solicitaba información sobre la localización, datos generales, el estado, el historial, la utilización, el funcionamiento, el servicio técnico y servicios a terceros. Se consultaron instituciones de todo el país y hubo una muy buena respuesta, un 90%. De ciento noventa y nueve instituciones, veintitrés no tenían equipo, por lo tanto, estamos presentando la evaluación de sesenta y seis instituciones públicas y ciento diez privadas.

Podemos apreciar ahora los resultados que tienen que ver con la cantidad de equipos y el porcentaje de ellos en el total.

Ahora vemos una distribución a lo largo de los años de cómo fue la inversión en materia de tecnología en el país. Desde la década del ochenta ha venido aumentando tanto la instalación de equipos en el país como su funcionamiento; hay un número importantísimo que ya está funcionando y ha disminuido la fabricación propia. Por otra parte, todos los resonadores que hay en el país se encuentran en Montevideo. En esta imagen podemos observar la distribución de los resonadores en cuanto a la cantidad de habitantes. Asimismo, en la siguiente imagen vemos el historial de estos equipos, que tiene que ver con los años de fabricación y con cuántos son nuevos o usados. Esta información se encuentra en la página web del Ministerio y por ello estoy haciendo esta descripción tan rápida.

En esta imagen podemos apreciar el total de tomógrafos existentes y su disposición. Aquí podemos observar en forma detallada la fabricación, instalación y la entrada en funcionamiento de los 37 equipos. Aquí vemos su distribución en los distintos departamentos y la que hay con relación a los otros países con los que nos comparamos.

Por otro lado, tenemos el Arco en C, que es un equipo radiológico digital que se utiliza en salas quirúrgicas. Hay 72 equipos y la mayoría funciona. En la siguiente imagen vemos su distribución en el país y en Montevideo. Cabe destacar que hay equipos de distintas marcas. En esta imagen vemos el proceso de habilitación ante la autoridad reguladora.

Paralelamente, hicimos un estudio sobre los mamógrafos. Como ustedes saben, hay una serie de objetivos sanitarios vinculados al control para la prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama en la mujer. Este estudio se hizo para evaluar la utilización de los 62 mamógrafos, su efectividad y el buen uso de los mismos. Se llevó a cabo un análisis de la capacidad instalada de los distintos equipos para la detección precoz de cáncer de mama, así como de la mortalidad por dicha causa, para ver si hay una relación entre el equipamiento y la mortalidad por cáncer de mama, con la intención de contribuir a regular y desarrollar políticas de tecnología médica en el sistema de salud. Se realizó un estudio descriptivo de todos los mamógrafos existentes hasta julio de 2008 en todo el territorio nacional. En esta imagen podemos apreciar los elementos que se tuvieron en cuenta, como dimensiones, datos generales, estado del equipo, historial del equipo, utilización y funcionamiento. Asimismo, se generaron vinculaciones con el número de mujeres mayores de cuarenta años, fueron encuestadas doscientas diecinueve instituciones, para lo que hubo una muy buena respuesta. Al respecto podemos decir que 23 instituciones no tenían equipos. Nos estamos refiriendo a 66 instituciones públicas y 110 privadas. Del total de instituciones que tenían equipos, el 29,5% posee mamógrafo; de ellas, 29 eran privadas y 23 públicas; 40 de estas instituciones son del interior y 22 de Montevideo. En la siguiente imagen vemos de mayor a menor, según los colores, en dónde se encuentra la mayor cantidad de mamógrafos.

Además, estudiamos la productividad anual estimada para los mamógrafos, a fin de saber si se estaban utilizando adecuadamente. Se hizo un análisis sobre el volumen de mamografías que cada mamógrafo puede realizar y las que realmente se estaban llevando a cabo y se llegó a la conclusión de que se necesitarían 0,8 mamógrafos por cada diez mil mujeres para poder realizar el "screening" anual de todas las mujeres mayores de cuarenta años. En esta imagen vemos los resultados y podemos decir que los mamógrafos fijos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer en algunos departamentos del interior se encuentran ubicados en instituciones privadas. Aquí vemos la distribución de los distintos mamógrafos; vemos, asimismo, los móviles que utiliza la Comisión Honoraria y la ubicación en las instituciones privadas de sus mamógrafos. En la siguiente imagen vemos los mamógrafos privados y, en la otra, los públicos. También podemos apreciar en la siguiente imagen los resultados sobre la distribución según la tenencia de rotulación, es decir, la

habilitación exigida por el Ministerio de Salud Pública. También podemos apreciar la distribución según la disposición de los mamógrafos, cuántos estaban en funcionamiento y cuántos sin funcionar.

En esta imagen vemos la distribución total de los mamógrafos y el promedio de edad de los equipos en 2008. Asimismo, podemos apreciar la distribución de los mamógrafos según el año de fabricación. El promedio de utilización para el interior es de 26 horas semanales y en Montevideo de 34 horas semanales. Se hizo un análisis bien detallado del número de procedimientos mensuales de cada uno de esos mamógrafos. A partir de ese número de procedimientos se realizó una estimación de la cobertura de los distintos mamógrafos.

En la última década del siglo XX los estudios de "screening" demostraron que si se realiza una mamografía anual entre los 50 y 59 años de edad se logra disminuir la mortalidad por cáncer en un 30%, a los siete o diez años de iniciado el programa. Para obtener este resultado es necesario realizar un "screening" de mama por lo menos al 70% de la población objetivo.

Hay mucha información que tiene que ver con la importancia de este censo para poder evaluar cuál es el impacto que la instalación de los mamógrafos tiene en el país.

En esta imagen vemos una comparación que se hizo con las normas exigidas por la Comisión Honoraria y el Ministerio con relación al número de mamografías necesarias. En cuanto a la capacidad potencial de mamografías según el ámbito geográfico y efector, podemos decir que en todo el país los efectores públicos tienen capacidad para cubrir un 6,5% de las mamografías, los privados un 51,6% y la Comisión Honoraria 42%, y que en Montevideo está la mayor capacidad instalada.

Con relación a la apreciación de los entrevistados acerca del funcionamiento de los mamógrafos al 100% de su capacidad, casi el 50% opinó que se utilizan al 100% de su capacidad; sin embargo, de los veintidós casos que opinaron que no se utilizaban al 100% de su capacidad, tres invocaron como causa de no utilización la del número insuficiente de pacientes, con lo cual

quisieron decir, de alguna manera, que no había suficiente demanda por parte de las mujeres para utilizar el 100% de la capacidad de los mamógrafos.

Analizando la cobertura de mamografías y la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama, se puede apreciar como es esperable dada la baja cobertura, aun suponiendo estos mismos valores para períodos anteriores que no existe relación entre ambas. Es decir que tenemos un muy bajo número de mamografías realizadas, con un equipamiento suficiente pero subutilizado. Por lo tanto, tenemos que mejorar en forma muy sustantiva el número de mamografías realizadas con los mamógrafos que son subutilizados por el sistema de salud.

Como conclusión, podemos decir que hay 62 mamógrafos en todo el país, lo que se traduce en una disponibilidad de 0,9 mamógrafos por cada diez mil mujeres mayores de cuarenta años, y que hay una gran diferencia entre Montevideo y el interior. El rango de disponibilidad entre los distintos departamentos va de 0,6% a 2,1% mamógrafos cada diez mil mujeres mayores de cuarenta años, lo que significa que en la globalidad del país los mamógrafos serían suficientes para cubrir toda la población objetivo de un programa de "screening". Sin embargo, si analizamos cada departamento podemos decir que mientras algunos no llegarían a cubrir la población objetivo, otros la podrían cubrir dos veces y media. Solo la quinta parte de los mamógrafos instalados poseen registro en el Ministerio de Salud Pública y el 75% tiene habilitación de la autoridad reguladora; el 53% tiene más de diez años de fabricación. La productividad mensual de los mamógrafos del país es de 250,8 mamografías; en el interior se realiza un valor muy inferior y en Montevideo uno muy superior.

En general, en todo el país la utilización de los mamógrafos en función de la productividad potencial es muy baja: 24%, detectándose una importantísima subutilización. La cobertura de mamografías en el año 2006 en el país fue muy baja, cercana al 25%.

Por último, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la disponibilidad de mamógrafos y la cobertura de mamografías. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre disponibilidad de mamógrafos y utilización de los mismos, y no se encontró relación entre cobertura y mortalidad. Quiere decir que todavía tenemos dificultades para el involucramiento de las mujeres en torno a

la mamografía, más allá de que, como saben, no tiene costos en determinado tramo etario y, además, se está pidiendo como un examen obligatorio para otorgar el carné de salud.

Por lo tanto, se recomienda una metodología general para el análisis de la capacidad instalada de los equipos médicos de alta tecnología en el país, definir un proceso de análisis, utilizar los informes generados como insumos para la toma de decisiones, sobre todo a la hora de introducir equipamiento costoso, y difundir a las autoridades departamentales los informes, a la vez que estas los difundan a las Direcciones Técnicas de las instituciones, retroalimentando, a los efectos de generar un mayor compromiso.

Específicamente, estamos trabajando en un plan de recambio de equipos en función de los años de fabricados, del mantenimiento correctivo realizado y del funcionamiento correcto o con problemas. También estamos trabajando en definir un plan de regularización de los equipos ante las autoridades nacionales y en difundir los resultados de la Comisión Honoraria, del Programa y del PRONACAM, estimulando la búsqueda de estrategias para aumentar la cobertura de mamografías. Tratamos de definir mecanismos que permitan que departamentos que tienen sobreoferta de mamografías puedan ofertar a otros con insuficiente disponibilidad precisamente, a través de los convenios que estamos promoviendo entre las instituciones, y de generar investigaciones locales para profundizar otros aspectos relacionados a las determinantes de la utilización de los mamógrafos por parte de las mujeres uruguayas, así como también completar aspectos relacionados con la capacidad instalada para la detección precoz del cáncer de mama a partir de controles de calidad de las mamografías.

Esto fue simplemente un pantallazo del trabajo que estamos realizando para que el país, en función de su responsabilidad en cuanto a definir necesidades en materia de equipamiento, pueda tener un análisis potente del equipamiento instalado con el estudio de las verdaderas necesidades en incorporación tecnológica.

En cuanto al PET, Tomografía por Emisión de Positrones, resumiendo, estamos hablando de una técnica por diagnóstico por imagen integrada al mundo de la medicina nuclear. Utiliza sustancias radiomarcadas de ahí el búnker que se está construyendo de corta vida, valora la actividad metabólica y la perfusión de los distintos órganos y sistemas, dando información funcional y en vivo. La sensibilidad y especificidad varían para cada situación clínica y objetivos buscados. Esto quiere decir que todavía está en etapa de investigación para un conjunto de procedimientos. Es necesario hacer una valoración, porque hay toda una información mundial a tener en cuenta para ver la capacidad diagnóstica que tiene este equipamiento en las distintas patologías. Entonces, es una tecnología promisoria, en creciente desarrollo. Su efectividad aún no ha sido establecida para muchas de las aplicaciones ensayadas, y si bien su sensibilidad y especificidad resultaron elevadas en numerosos estudios, aún no está claramente definido el impacto clínico y el resultado en variadas situaciones.

Estas son las conclusiones que se manejan sobre esta técnica en el ámbito internacional. La capacidad potencial de un PET se estima entre 1.500 y 2.000 procedimientos por año, y en lo que se refiere a un tema que seguramente es inquietud de los legisladores, en cuanto a los indicadores que orienten a definir necesidades del PET por millón de habitantes, tenemos que decir que no existe un estándar mundial que defina precisamente cuántos se necesitan. Inclusive, la información que tenemos sobre la distribución de los PET en el Primer Mundo varía, por ejemplo, de Bélgica, que tiene 1,26 PET por millón de habitantes, pasando por Estados Unidos, que tiene 0,83, y Holanda que tiene 0,25. Quiere decir que es una distribución muy variada; y extrapolando esa información se podría establecer según estudios realizados en 2008 que en Uruguay se necesitarían entre uno y tres equipos aproximadamente. Eso es lo que se podría definir, a partir de la información internacionalmente comparada, como la necesidad del país.

También quiero comentarles que todos los estudios sobre necesidades existentes en el mundo sobre los PET parten primero de la instalación de un equipo y después se analiza la necesidad de incorporar otros. Ese es el mecanismo que se está siguiendo en el ámbito internacional para valorar las necesidades del equipamiento.

Nada más.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En cuanto a lo que hacía alusión el señor Diputado García, tenemos la solicitud original de instalación de un PET privado en Uruguay por parte de un consultorio de medicina nuclear de nuestro medio, la nota que nos hiciera llegar el 30 de marzo de 2006, la respuesta que se le dio y la nueva incorporación de esa solicitud, a los efectos de que constara como que eran los primeros actores privados que habían hecho esa solicitud.

El doctor Savio, de la Facultad de Química, quiere hacer una aclaración en cuanto a las palabras del doctor Henry Engler acerca del número de PET ciclotrón en Bélgica, que es el país que los produce, razón por la cual tiene uno cada quinientos mil habitantes.

SEÑOR SAVIO.- Junto con el profesor Engler integro desde 2006 ese grupo universitario que se creó y el Consejo Directivo Central de la Universidad aprobó en setiembre el documento al que se hace referencia. Como bien se decía, no hay un estándar mundial de cuál es la relación. En dicho documento se hacía referencia a que Bélgica, que es uno de los tres países productores de ciclotrón en el mundo, se estaba planteando como meta en 2006, luego de catorce o quince años de utilizar esa tecnología, poder llegar a una relación de una cámara PET cada 500.000 mil habitantes. Eso es lo que contiene, pero también hacía referencia a que aquellos países que hace muchos años que contaban con esa tecnología, como es el caso de Estados Unidos, estaban llegando a una relación de uno por cada millón.

Quisiera agregar que en ese documento se plantean los tres elementos tecnológicos que componen la propuesta. Donde se hace referencia a las cámaras PET, la señora Ministra, como un corazón muy importante, hace referencia al ciclotrón, pero para la producción de los radiofármacos se necesita, desde el punto de vista tecnológico, la existencia de determinadas celdas de producción. Ese ciclotrón es un acelerador de partículas que permite la obtención del radionucleido o radioisótopo. Esa sustancia va hacia una celda de producción donde hay personal debidamente capacitado, en un ambiente con normas de buenas prácticas de fabricación y una calidad de aire similar a la producción de un inyectable, es decir, libre de partículas. Por lo tanto, se trata de un ambiente complejo en su producción y también complejo en lo que hace a su manejo a efectos de garantizar las características necesarias del producto que se va a fabricar. Para poder chequear ese producto se necesita montar un laboratorio de control de calidad que permita garantizar que la molécula que se va a inyectar al paciente reúne los estándares internacionales de calidad.

Entonces, hay que tener presente que son tres los componentes tecnológicos. Para que sea viable la producción es necesario un ciclotrón, celdas de producción de las sustancias que se van a aplicar, denominadas radiofármacos, y un laboratorio de control de calidad que permita garantizar lo que se está aplicando al paciente. Estudios internacionales y la experiencia demuestran que la fluorodesoxiglucosa, que es el estándar de referencia y lo que existe en la región, tiene una semivida de sesenta minutos quiere decir que a los sesenta minutos decae a la mitad y no se puede utilizar a más de cien kilómetros del lugar de producción. Para su traslado aéreo se requiere coordinar no solo los despachos de aduana, sino un nivel de actividad tan alto que en viajes comerciales comunes, debido a la irradiación de las personas, no puede ser transportado. Por ello hay que coordinar características técnicas de radioprotección y de traslado en viajes especiales.

En San Pablo Brasil hace mucho tiempo que se cuenta con esta tecnología pero, por la logística difícil de distribución, que requiere que se cuente con vuelos adecuados, en Porto Alegre recién este año se está montando un ciclotrón y se está permitiendo el acceso a estudios PET, porque no pudieron concretar una logística de distribución razonable interna de Brasil. Eso que pasa en la región ha ocurrido en casi todos los lugares del mundo, lo que demuestra las dificultades de suministro no más allá de cien kilómetros del lugar de producción de las moléculas.

Por último, quiero agregar que este proyecto es posible porque existe un núcleo académico de referencia en Uruguay que permite que estos equipos puedan ser manejados. Si no existiera desarrollo de la medicina nuclear, si no existieran los núcleos de radiofarmacia en las Facultades de Química y de Ciencias, aunque se hiciera esta inversión no sería viable la producción de un conjunto de moléculas como la que se está planteando. Lo digo porque no se plantea exclusivamente la producción de flúor marcada con desoxiglucosa, sino que se está marcando que exista un conjunto de radiotrazadores que no están disponibles en Sudamérica. Creo que esa es una de las características principales: se apunta no solo a la innovación y al desarrollo, sino a que sea un centro de referencia, en el que no solo esté el caballito de batalla, que es la fluorodesoxiglucosa, sino que estén disponibles otros radiotrazadores que permitan un mejor diagnóstico y mejor tratamiento de otras patologías; hablamos de radiotrazadores que no estarán disponibles en la región.

SEÑORA OLIVER.- Las cámaras que se van a introducir a nivel público o privado son PET/CT, y tienen dos componentes: el PET, que es con lo que los médicos nucleares de las clínicas están acostumbrados a trabajar y a interpretar las imágenes, y el componente de tomografía axial computarizada, cuyas imágenes pueden ser interpretadas por los médicos radiólogos. Quiere decir que

no cualquier médico puede hacer un diagnóstico con este tipo de tecnología, en que se fusionan la imagen obtenida con el PET con la tomografía. Los médicos tienen que formarse en medicina nuclear para la parte de tomografía axial computarizada, y no lo están, o sea que ninguna clínica podría instalar la cámara y ponerla en funcionamiento, porque se necesita todo un período de capacitación en esa fusión de imágenes.

SEÑOR GARCÍA.- En primer lugar, si existen tantas dudas acerca de la aplicación de la técnica, como señalaba el doctor Basso, uno se pregunta cómo se arriesgan a invertir US$ 20:000.000. Está absolutamente probada la eficacia de esta técnica, pero si el Ministerio de Salud Pública, el Estado uruguayo, tiene dudas tal como decía el doctor Basso, uno se pregunta cómo se va a encarar toda esta inversión que se está planteando. El otro día, la señora Ministra hablaba de que serían US$ 8:000.000 la obra y US$ 12:000.000 el aparato; esa fue la terminología que usó públicamente. ¿Cómo puede plantearse esto en estas condiciones? Esto está absolutamente probado en el mundo entero; no hay duda ninguna con respecto a ciertas patologías que, casualmente, coinciden con la frecuencia de algunos neoplasmas en el país. Insisto: esto es una casualidad, pero la técnica está demostrada como eficaz en algunos neoplasmas que son de alta prevalencia en el país. Eso no admite discusión.

En segundo término, al pobre profesor Engler me lo llevan para arriba y para abajo, porque usan solo lo que sirve a las consideraciones ideológicas del Ministerio. Lo que tengo delante de mí es el documento textual: "4.a, SITUACIÓN EN PAÍSES DE REFERENCIA (ESTADO DEL ARTE EN EL MUNDO).- Destacamos en los países de referencia el número de cámaras PET en relación a la población. Internacionalmente se considera adecuado una cámara PET cada 500.000 habitantes". Este es el documento oficial; me remito a leer lo que dice. Después se refiere al tema de los ahorros.

Por otra parte, el concepto de que el conocimiento científico debe ingresar por el sector público o no puede ingresar por un tema de capacidad de desarrollo de la técnica es antihistórico. No es así; no coincide con lo que ha sucedido en el Uruguay. Si hubiéramos esperado por esa capacidad intelectual en cuanto a la resonancia magnética hubiéramos perdido trece años, porque el primer resonador nuclear magnético en el Uruguay se instaló en el sector privado y recién trece años después se contó con uno en el sector público. Entonces, vamos a ser claros: en un país como el nuestro algunos profesores trabajan de mañana en el hospital y de tarde en una institución mutual, otros solo en el sector mutual y, por las razones que todos conocemos, muy pocos se desempeñan exclusivamente en el sector público, pero el bagaje de conocimientos es el mismo. Por eso digo que las cosas no son como se dicen, no lo son en el caso del ingreso del resonador magnético ni utilizando los ejemplos que el doctor Basso citaba con el arco en "C", ingresado también al sector privado y por el que todos los uruguayos con patología cardiovascular se beneficiaron. Y puedo mencionar también el ecógrafo bidimensional, el primer eco doppler cardíaco, la tomografía axial computada de cuerpo entero, el acelerador lineal y el acelerador de partículas de megavoltaje; en "Brecha" del 3 de junio de 2005 hay un artículo muy interesante al respecto.

Si la discusión es que se debe tener una capacidad de conocimiento que solo se adquiere en el sector público, puedo decir que esa no es la historia del Uruguay. Todos los uruguayos nos hemos beneficiado de los avances científicos y técnicos que se han logrado a partir de la experiencia lograda en el país o del conocimiento obtenido en el exterior. Esta ha sido la realidad; quizás hasta algunos de los técnicos que nos acompañan se hayan formado en el extranjero en alguna técnica, no lo sé.

Reitero que la información de que disponemos es oficial y que la versión está encabezada por el propio profesor Engler.

Por otra parte, no comparto las dudas que existen. Creo que hay que ir al fondo del problema, y el fondo del problema es lo que la señora Ministra expresó con meridiana claridad y honestidad intelectual: el Ministerio de Salud Pública considera que la tecnología debe ingresar por el Estado y que este debe ser el que determine o no si debe entrar al país. Esto es lo que ha impedido desde 2006 cuando se realizó la primera solicitud hasta hoy la autorización para el ingreso de esta técnica, sabiendo que en el país se producen casi diecisiete mil muertes anuales por patologías cardiovasculares o neoplásicas. Seguramente gente que hubiera podido acceder al avance que significa esta técnica no ha podido beneficiarse de ello; como dijimos al principio, esto está reservado solo para quienes tienen capacidad económica.

Voy a dar un dato: cada año, niños del Servicio Hemato Oncológico público de la Fundación Peluffo Giguens son enviados a Buenos Aires a realizarse PET, financiados por la Fundación. En estos casos no solo hay que considerar los costos del tratamiento que, como los técnicos saben, son mayores en pediatría que para adultos por la anestesia general que se debe administrar, sino también lo que implica el costo no tangible, no económico, de sacar a un niño del país y alojarlo en un medio extraño. Además, a esto deben agregarse los costos económicos por traslado, alojamiento, etcétera. Quiere decir que los pacientes de la Fundación Peluffo Giguens son casos concretos de personas que podrían haberse beneficiado por tener esta técnica en el país. Por otro lado están quienes acceden a ella porque tienen la capacidad económica para hacerlo.

Entonces, el tema de fondo es ideológico, como ha planteado públicamente la Ministra, contestando alguna alusión pública que hice. Yo considero que este tema ideológico tiene grado de fundamentalismo que no es compartible y que acarrea consecuencias inmediatas para la salud de la población. Hace unos días la señora Ministra manifestó públicamente que el 15 de febrero, el domingo pasado, se iba a adjudicar la licitación de equipos; vamos a ver cuál ha sido el resultado y cómo estamos con lo que se ha planteado en forma pública.

SEÑOR TROBO.- Las consideraciones realizadas por el señor Diputado García son compartidas; él conoce este tema por su profesión y especialidad.

Mi primera conclusión es que el Ministerio de Salud Pública ha decidido ya lo estableció en la ley de salud que los privados no podrán tener algo hasta que no lo tenga el Estado. No estamos de acuerdo con esto. La señora Ministra ha dicho por televisión: "Si el Estado no lo tiene, no lo va a tener nadie". La gente debe saber que en Uruguay solo podrá atenderse con tecnología o medicamentos de avanzada si el Estado lo tiene pues, de lo contrario, no podrá hacerlo. No compartimos este criterio. Creemos en la sociedad, en la riqueza del sector privado, y la prueba está en que ese sector en este país ha sido demostrativo de crecimiento y de avances muy importantes.

Claro, cuando se nos traen a integrantes de la Corporación para explicarnos que desde allí se está dando apoyo con análisis económicos del negocio para que el Banco de la República financie la inversión, lo que se nos está diciendo es que se justifica que el Estado impida que el privado importe algún equipo porque lo que hay que hacer es una reserva de mercado.

Uruguay está demorando a acceder al diagnóstico a través del PET porque hay que reservar el mercado para que el proyecto que está desarrollando el Estado funcione. Este puede parecer un razonamiento lineal pero es así; si llegara otro equipo, la demanda será menor de acuerdo con respecto al proyecto previsto por el Estado.

El proyecto presenta dos componentes: el PET y el ciclotrón. Sin duda alguna, me parece muy importante que nuestro país encare una iniciativa de estas características, pero la duda es si frente a la magnitud del proyecto es justo hacer esperar a la gente. No hay que olvidar el dolor que significa no poder acceder a esta tecnología de diagnóstico, que puede perfeccionar el tratamiento de determinado tipo de enfermedades, que en nuestro país son importantes en cantidad.

Tengo la sensación de que la reserva del mercado, el tiempo que demora la obra y todo lo que se ha esperado desde el año 2005 al día de hoy ha significado que a mucha gente no se le pudiera determinar un tratamiento más preciso para ayudar a resolver sus problemas de salud. ¡Claro! La consecuencia es que los pobres no tienen esta posibilidad, porque los ricos pueden. Es lo que sucede actualmente con la vacuna contra el HPV. Los ricos o quienes tienen posibilidades pueden reservar algo de sus ingresos para vacunar a sus hijas, después de ocho meses en que el Ministerio negara la idoneidad de la aplicación de esa vacuna para la obtención de determinados preventivos. Los pobres no tiene US$ 1.500 para viajar a Buenos Aires o a Brasil.

¿Qué ha hecho hasta el día de hoy el Ministerio con respecto a esto? Que los pobres no vayan. La prueba más clara la ha dicho el señor Diputado García. Por suerte en Uruguay existe una organización privada, Fundación Peluffo Giggens, que hace lo que el Estado tan preocupado en resolver el problema de acá a un tiempo hoy debería estar haciendo: atender el problema de los seres humanos que actualmente no tienen acceso a esta tecnología.

Lo que planteo a la señora Ministra es que a través del Fondo Nacional de Recursos, desde ya, hay que financiar todas las solicitudes de utilización de esta tecnología en el exterior hasta que en Uruguay no existan condiciones para que este tipo de análisis se realice. Póngale usted la condición científica que quiera a la

persona que tiene que resolver ese problema; hágalo, ya, porque hay recursos para eso. No es justo que a los uruguayos los estemos haciendo esperar por la utilización de una tecnología que geográficamente está a mano. Esta es una decisión que el Ministerio debe tomar con responsabilidad.

Está muy bien este proyecto, que es importante, pero no está bien que se someta a nuestro país a la ecuación económica de esta iniciativa y se impida que se acceda a esta tecnología. Está mal creer que solo el Estado puede tener el monopolio de determinado avance tecnológico. ¡De ningún modo! Creo que el sector privado, en este caso, también debe tenerlo.

En todo caso, una vez que se establezca un PET en el sector privado, este podrá comprar al Estado el producto del ciclotrón. ¿Para qué? Para poder hacer sus análisis, diagnósticos y trabajos; inclusive, para que exista un mercado. Es bueno que lo haya; usted sabe, señora Ministra, que los precios, también en medicina, los conforman las demandas y las ofertas.

En tal sentido, nosotros concluimos con una demanda y una exigencia, pero no solo la realizada por el señor Diputado García que compartimos plenamente respecto a que se abra la cabeza para que el sector privado siga participando en forma activa, como históricamente lo ha hecho, en el desarrollo de la ciencia médica en nuestro país todos nos sentimos muy satisfechos por eso, sino que rápidamente se disponga que todos los exámenes de esas características que deban realizarse se financien a través del Fondo Nacional de Recursos. De acuerdo con lo que hemos visto en sus balances, en los años 2006 y 2007 este Fondo ha dado superávit. Nos ha sorprendido que un Fondo, cuyo único propósito es financiar la aplicación de tecnología de avanzada en atención médica, haya dado superávit de $ 470:000.000 en el año 2006 y más de $ 350:000.000 en 2007. Me parece que es importante tener estos datos sobre la mesa para que, rápidamente, el Ministerio tome decisiones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer algunas consideraciones de orden político. Hay algunos aspectos de los razonamientos que se realizan que me asombran.

Quiero dar la bienvenida al socialismo y a la brusca preocupación por los pobres que ha ingresado en las últimas épocas. Me parece buena cosa porque la historia no lo muestra así.

Acá se ha dicho no quiero que el silencio se interprete como aquiescencia que el sector privado ha liderado el ingreso de la tecnología, pero lo que ocurre es que en el sector público no había ninguna inversión para nada, y no solo para alta tecnología sino para nada. La situación de la salud pública en este país era catastrófica, no solo desde el punto de vista edilicio sino también de la atención a la gente. ¡Esa es la verdad! ¡No había inversiones para nada, ni siquiera para arreglar los edificios, y mucho menos para tecnología! Entonces, no se puede venir aquí a decir que el sector privado era el que lideraba. ¡Claro! El sector público no existía. A tal grado no existía que no cumplía, siquiera, con los mínimos niveles de control.

Todos los resonadores magnéticos están ubicados en la zona de bulevar Artigas; si algún día alguno de ellos se fracturara tendríamos un problema; si esa zona la perdemos en el mar nos quedaremos sin un montón de cosas, porque está todo ahí, incluido el hospital de niños, a pesar de que ellos viven a 20 kilómetros de ese lugar. Eso nos viene bien a los del interior porque nos bajamos en la terminal de ómnibus y llegamos en dos minutos, pero a todos los demás le viene mal, entre otras cosas porque hay que pagar el boleto. Están todos los resonadores metidos ahí que, además, no estaban habilitados.

Quienes tenemos alguna formación en ciencias médicas, a través de internet podemos acceder a lo que hay publicado en las páginas web respecto al PET. No cuesta nada, es solo teclear algunas cosas y se encuentra, entre otras cosas, que no hay grandes series mundiales de nada.

Está probado que el cáncer de pulmón tiene mejor estadificación con el PET-scan. ¿Qué significa esto? Simplemente que no se operaría a un montón de gente que hoy, en forma equivocada, se opera porque pensamos que no tienen ganglios o diseminación metastásica en otro nivel. Ese es el gran beneficio que tiene para el cáncer de pulmón. Para dejar de tener este tipo de cáncer hay que dejar de fumar.

Con el cáncer de mama se evitaría algunos vaciamientos axilares que es lo que se hace para estadificar este cáncer, y lo que muestra es si uno tiene, o no, ganglios en la axila. Pasarán muchos años para que a las mujeres y cirujanos uruguayos nos convenzan de no quitar los ganglios. Yo tendría mucho temor de dejar a

una mujer con ganglios en la axila; el PET podrá indicar que no los tiene, pero quien luego lo corta y observa alguna sorpresa se ha llevado.

Si vamos a hablar de cáncer de mama, me parece más relevante y preocupante la realidad que muestra el Director General de Salud que esto otro. ¿Qué se demostró?

Que los mamógrafos están distribuidos al azar, de acuerdo con las ganas de la gente que los ha podido instalar. Aclaro que en algunos lugares tenemos grandes dificultades para conseguir no solo quien los maneje sino interpretar lo que aparece. No hay aparatos mágicos que den diagnósticos, porque después tiene que venir alguien a decir: "Esto que aparece aquí, significa tal cosa". Después tiene que venir alguien a decir...

Es mucho más problemático para las mujeres uruguayas no hacerse la mamografía e, inclusive, la consulta médica, porque eso le va a dar mucho más problema en el futuro que no tener el PET

Es mucho más complicado y mucho más preocupante que los mamógrafos que están al alcance de casi todo el mundo, no sean usados. Eso es mucho peor; no entiendo cuando uno reclama.

Cuando busca en Internet información sobre el PET, aparecen un montón de estudios. Inclusive, hay uno de un grupo de gente que debe ser homofóbico que muestra que el cerebro de los homosexuales tiene algún parecido con el de las mujeres. Cosas de esas están publicadas en revistas médicas, no en "Caras". ¡Y es así! Tiene todo un desarrollo hacia la investigación.

Lo privado implica, además, un negocio. Y está bien, a mí no me importa, pero tiene que venir acompañado de una buena tecnología. Yo viví el desarrollo de la resonancia magnética en el Uruguay en un lugar privado y les puedo asegurar que la calidad de los informes era pésima hasta que entraron a hacer ruta, y pudieron hacerla. Eso no pasa cuando uno la instala ni qué hablar con universidades del extranjero con la Universidad uruguaya y con el Estado uruguayo; no pasa, porque, obviamente el único que lo va a hacer que está calificado hoy por hoy en el Uruguay es el doctor Engler y los demás después se irán capacitando. Un médico o quien sea que sepa interpretar y realizar este tipo de técnicas no se crea en un nido; no sale de la noche a la mañana; no puede hacerlo en dos minutos.

Creí escuchar a la señora Ministra creo que escuché bien que el problema no es que no se pueda instalar otra cámara sino dónde. Yo invitaría a la FEMI ir a Tacuarembó, ya que somos del interior. Ahora, si vamos a concentrar todo en el mismo lugar, como se hace actualmente, a la gente de Artigas le vamos a dar muy poco resultado y a la gente de Florida también. Venirse de Artigas a Montevideo es mucho más complicado que ir a Buenos Aires; mucho más, por un montón de cosas, entre ellas porque a veces nos olvidamos que tenemos aquel pedacito allá arriba. Yo fui con el señor Diputado Maseda a Artigas y vi que no es changa, no es fácil llegar a ese lugar; no es así nomás. Entonces, venir de Artigas para acá tampoco es así nomás. Yo, que mando pacientes a Montevideo por distintas causas, desde el hospital o desde la mutualista, tengo claro lo que es instalarse a cien kilómetros, cuanto más desde ese lugar.

Si se puede instalar, me voy a sacar una ficha para mi departamento, porque como puede estar a un máximo de cien kilómetros, en Florida se podría instalar sin ningún inconveniente y atendería las necesidades de todo el interior; no habría ningún problema. Es más: terreno tenemos de sobra. Pero no, lo quieren instalar en Bulevar y 18. Ese es el problema. Aquí lo que hay es toda una situación de negocio que creo que hay que atender. Me parece que la señora Ministra dijo esto y yo estaría absolutamente de acuerdo en que se instalara en los alrededores, en Minas, en Pando, en un lugar distinto al centro de Montevideo, que es donde se pretende instalar.

A veces me pregunto para qué hacemos estas citaciones, porque parece que después no procesamos lo que se nos está diciendo. De esta reunión saqué conclusiones muy importantes. Entre otras que este proyecto es inviable si no existe la asociación del Estado.

Tengo una muy mala noticia: las técnicas en el Uruguay llegan siempre muy tarde. Por ejemplo, la angioplastia coronaria se hacía en el mundo muchísimos años antes que al Uruguay viniera alguien que las hiciera. Es más: el doctor Favaloro, que vivía enfrente, fue el que la desarrolló en Estados Unidos. Mientras nosotros aquí nos moríamos de un infarto, la técnica existía en todas partes del mundo. La tecnología va de la mano de la técnica, no viene separada.

En el Hospital de Clínicas se hicieron los primeros procedimientos vasculares en base a una serie de técnicas y de tecnologías, de lo contrario hubiera sido imposible. Después perdimos esto porque, por una política de Estado que hubo, el privado terminó tentando, con sueldos muy superiores y condiciones de trabajo mucho mejores, a los técnicos que, ¿dónde se formaron? En el cuero de los pobres uruguayos que van al Hospital de Clínicas o a los hospitales de Salud Pública. Cuando llegan al privado es otra cosa distinta.

Por tanto, quiero reivindicar el papel del Estado. No creo que el concepto sea tan simplista para decir: "Si no lo tiene el Estado, que no lo tenga nadie". No es ese el concepto que hay sino que debe haber una decisión del Estado y del pueblo uruguayo porque en salud cuando se toman decisiones se protege a unos y la sábana siempre es corta para proteger a los demás en cuanto a que ingresemos la tecnología racionalmente por el Estado, por el Gobierno uruguayo, y que lo hagamos en un emprendimiento público y privado que nos permita desarrollar la técnica y difundirla a todo el mundo. La otra cosa es que el Fondo Nacional de Recursos veo que el señor Diputado Trobo es afecto a mirar las estadísticas estaba siendo utilizado antes de 2005...

SEÑOR TROBO.- Usted, ¿no las mira?

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, de vez en cuando.

SEÑOR TROBO.- No soy afecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Yo tampoco soy afecto; a veces no hay más remedio, pero son dos cosas distintas.

(Interrupciones)

—— Fíjense que antes de 2005 el setenta y pico por ciento de la utilización del Fondo Nacional de Recursos venía de los privados, cuando la Salud Pública tenía el 60% de la población del Uruguay. Así que el Fondo Nacional de Recursos, con todo lo bueno que tiene, no logró solucionar esto, porque faltan otro tipo de cosas obviamente, una política de Estado distinta hacia la salud que promocionen de otra forma la salud.

Reitero que no está demostrado que haya una mejor técnica de diagnóstico y tratamiento del cáncer que no sea su prevención o su diagnóstico temprano; esto se hace mediante una mamografía, un estudio clínico, dejando de fumar, etcétera. Vamos a apostar, sobre todo, a esas cosas, porque prometer a la gente una curación con un aparato que no cura no me parece que sea de honestidad intelectual. Creo que es bueno que Uruguay tenga esa técnica, pero no considero que le vaya a cambiar la vida a nadie; todo lo contrario. Nos va a ayudar en algunas cosas y nos va a complicar en otras, porque el mundo no es tan lineal en el sentido de que todo es bueno bueno o malo malo.

Quería hacer estas consideraciones que son absolutamente políticas y que es bueno que las tengamos en cuenta, porque si no en la versión taquigráfica se cree que uno aceptó lo que se estaba diciendo.

SEÑOR TROBO.- El señor Presidente hizo una alusión respecto a nuestra preocupación por la salud de la gente con menos recursos, de los pobres, y siempre ha sido nuestra preocupación. Ejemplos, sobran. Cuando nuestro Partido estuvo en el Gobierno, realizó inversiones realmente importantes en materia de salud y creo que es una vulgaridad despreciarlas como, por ejemplo, los Hospitales de Las Piedras y Canelones, la terminación del Hospital Pereira Rossell y el equipamiento que se pudo establecer para la salud pública en todo el país, a efectos de descentralizar la atención con tecnología de avanzada en muchos lugares.

Quiero dejar esta constancia, porque evitar decir algo al respecto podría significar avalar una afirmación que no se corresponde con la realidad.

(Diálogos)

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Nosotros no somos defensores de las privatizaciones a ultranza; somos defensores de la complementación de lo público y lo privado. Eso es lo que está

establecido en el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Promovemos la mejor calidad en los servicios y también promovemos que si la salud es un derecho humano esencial debe haber una estricta regulación de los servicios de salud, de la misma manera que existe regulación de los organismos responsables en otros derechos humanos esenciales de la población. Creemos que la salud al igual que otros ejes importantes construyen ciudadanía, como la educación, que también está regulada en sus contenidos programáticos debe estar regulada en la calidad de los servicios que se ofrece a la población. Como lo demostró claramente nuestro Director General de Salud, eso no existía. También hubo una gran falta de inversión en el sector público, por lo cual hubo un retraso en la incorporación de tecnología que llevó, además, a la falta de democratización del conocimiento y a que el personal esté poco formado para el desafío de incorporar nuevas tecnologías en el país.

Por suerte, desde el año 2005 a la fecha, esto se ha ido revirtiendo. Están el Instituto Pasteur, el crecimiento exponencial del Instituto Clemente Estable y todos los proyectos de la Agencia Nacional de Innovación premiando desarrollos de proyectos de investigación en nuestro país. Creemos que la incorporación de esta tecnología, conjuntamente con la Universidad de la República y la Universidad de Uppsala, será un avance en lo científico, en lo asistencial y en lo docente. Por eso, este proyecto tiene el aval y el apoyo de la Corporación Nacional para el Desarrollo y del Banco de la República, al igual que lo tendrían los proyectos privados. Cuando se presentaron, decían que la financiación bancaria sería nacional y, por lo tanto, también se requeriría esa misma fuente de financiamiento. También creemos que la regulación debe darse a conocer a la población, porque sin un conocimiento apropiado es muy difícil mejorar las medidas de promoción y de prevención de la salud.

Como el señor Presidente señaló muy bien, la mejor promoción y prevención para enfermedades como el cáncer es el cambio de hábitos, tener hábitos saludables y la detección precoz que no se hace por esta tecnología. Por eso, al igual que en Argentina, la publicidad de la vacuna contra el HPV fue prohibida, porque decía que curaba el cáncer de cuello y, en realidad, solo previene dos tipos de virus. Fue prohibida por la Justicia como publicidad engañosa. Tampoco podemos engañar a los conciudadanos, diciendo que se está coartando la libertad del sector privado para tener un elemento de diagnóstico y tratamiento que mejora la performance del cáncer en el Uruguay.

Espero que junto a mi equipo hayamos aclarado esas dudas que legítimamente pueden haber surgido en los legisladores. A pesar de que algunos de ellos son colegas, es un tema muy específico que ha ingresado a nuestro país con un gran empuje después de la llegada del profesor Henry Engler, como todos reconocemos. Y no es que lo hagamos decir una vez una cosa y otra vez otra, sino que el profesor, cuando hablaba de uno de cada 500.000 habitantes se refería a Bélgica, como lo señala el profesor Savio. Todas las tecnologías entran en una fase de difusión más popular. Quizás nosotros mismos veamos cómo llega Uruguay a esa cifra, y ojalá lo haga por proyectos de complementación en el área pública y en el área privada, contemplando también la necesidad de que el interior del país tenga realmente cada vez más acceso a los recursos y a que la gente pueda atenderse integralmente en el lugar donde nació y eligió para vivir y, seguramente, para bien morir.

SEÑOR GARCÍA.- La semana pasada el 10 de febrero la señora Ministra dijo que el 15 de febrero se adjudicaba la licitación. Quisiera que me aclarara al respecto.

Espero que la señora Ministra no adjudique al Gobierno la sede del Instituto Pasteur y su participación. Usted, señora Ministra, que conoce del tema sabe muy bien que el origen viene desde mucho antes de este Gobierno. El Instituto Pasteur no está en el país por su voluntad, señora Ministra, sino por la voluntad del Gobierno anterior no es mi Partido, que legítimamente tomó decisiones que fueron buenas para el país. Aclaro esto para que en las versiones taquigráficas que son tan frías como su lectura no se adjudiquen méritos que no corresponden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Igual, no creo que alguien las lea, pero no importa.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Quisiera aclarar que todos sabemos el origen del Instituto Pasteur, que es anterior a este Gobierno, pero sí quiero destacar el apoyo que se le ha dado desde este Gobierno, concretamente desde este Ministerio, para el estudio farmacológico; no solo hemos puesto delegados, sino dinero para que se comience a estudiar fármacos en el Instituto Pasteur.

SEÑOR LÓPEZ.- La afirmación de la señora Ministra en cuanto a que la fecha tope que teníamos en ese momento era el 15 de febrero, es correcta. Iniciamos este proceso en agosto de 2008, con el apoyo y asesoramiento de la Corporación, que proporcionó abogados, escribanos y contadores. Trabajando junto a nuestro equipo científico, se elaboraron los dos aspectos de esa propuesta de compra; me refiero a qué se va a comprar y a cuáles son las reglas de juego para hacer esa compra.

Ese proceso se inició y va concluyendo en este momento. De hecho, la propuesta inicial de agosto de 2008 decía que el 15 de febrero vencía el plazo por el que las empresas se comprometían a mantener esos precios. Quienes estamos llevando adelante este proceso por parte del CUDIM, consideramos que había aspectos tanto técnicos como económicos que se podían mejorar, y procedimos a solicitar a las empresas, como estaba previsto en el pliego, que prorrogaran el plazo de mantenimiento de precios hasta el 18 de marzo. De esa forma, nos dimos esa posibilidad de mejorarlo.

Cuando este proceso esté concluido, vamos a poder informar todos los detalles que sean necesarios. Al día de hoy tenemos una enorme satisfacción porque en este trabajo hemos ido mejorando lo que vamos a comprar así como el uso de los dineros del Estado.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Cabe aclarar que el Fondo Nacional de Recursos es para enfermedades de baja prevalencia y alto costo; en realidad, hay una lista de enfermedades de este tipo para incorporar. Hemos incorporado la fibrosis quística, con gran beneficio para todos los pacientes que padecen esa enfermedad, cuyo tratamiento tiene muy alto costo. Además, se ven muy beneficiados por el protocolo que se exige cumplir, sea cual sea la institución a que pertenezcan, para que el Fondo Nacional de Recursos cubra el costo de la tobramicina que debe aplicarse a los niños o jóvenes afectados por esa enfermedad.

La tecnología y los métodos diagnósticos no están incorporados, pero ofrecimos a las instituciones que dicen estar preocupadas por esta técnica, constituir un fondo a los efectos de pagar los pasajes y las técnicas en la República Argentina, porque no sabemos qué pasó con el privado que iba a hacerlo en Uruguay y seguramente cobraría lo mismo. De todos modos, si las instituciones no están dispuestas a pagarla en el exterior no estarían dispuestas a pagarla en Uruguay, en la medida en que esta técnica no está incorporada en el Plan Integral de Prestaciones en nuestro país, como tampoco lo está en otras partes del mundo.

Nos mantenemos en lo que dijimos en cuanto a constituir un fondo con aquellas instituciones que quieran tener la técnica en estos momentos.

SEÑOR SÁNCHEZ CAL.- ¿Cuál es la fecha prevista para la finalización de la obra?

SEÑOR LÓPEZ ZUASNÁBAR.- Diciembre de 2009.

SEÑOR TROBO.- Con respecto a nuestra consulta, de acuerdo con la ley de creación del Fondo, entre sus competencias está la de analizar la posibilidad de financiar este tipo de estudios de diagnóstico. La ley es muy amplia y la aplicación que se ha hecho de ella en los últimos cuatro años tiene que ver en algunos aspectos con una visión de estas características.

Rogaría a la Ministra que no solamente se limite a reclamar al sector privado la formación de este fondo para financiar los estudios que sean necesarios, sino que se aplique a que este fondo se pueda poner en marcha rápidamente, y que se aplique a que el Fondo Nacional de Recursos ella tiene allí una responsabilidad principal analice esta cuestión e informe en tiempo real a esta Comisión sobre las vicisitudes de quienes necesitan resolver una situación de estas características en el exterior, sean del sector mutual o del Ministerio de Salud Pública porque, lamentablemente, la realidad es que hoy en día pueden hacerse este estudio los que tienen el dinero en el bolsillo para pagarlo. Conozco familias que han hecho ese esfuerzo en los últimos meses en diciembre y enero y han gastado US$ 1.500 o US$ 2.000 para que uno de sus miembros pudiera realizarse por indicación médica esta técnica diagnóstica en Argentina o Brasil. Esa gente nos ha hecho llegar su angustia y su preocupación, y creemos que hasta que no se pueda terminar este magnífico proyecto, hay que hacer que la gente pueda acceder a esta técnica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la señora Ministra y a la delegación que la acompaña por las informaciones brindadas.